別記様式１（第４条関係）

Ｎｅｔ１１９緊急通報システム利用登録申請書兼同意書

年　　月　　日

（宛先）春日井市消防長

申請者住所

申請者氏名

私は、「Ｎｅｔ１１９緊急通報システム利用規約」及び次の注意事項を同意し、Ｎｅｔ１１９緊急通報の利用を申請します。

なお、緊急時に春日井市消防本部が必要と判断した場合については、申請書の記載事項について第三者（行政機関や医療機関、警察等の消防救急活動に必要と認められる範囲）に情報提供することについて同意します。

また、春日井市消防本部以外の消防機関が通報を受付けた場合も同様に情報提供を同意します。

利用者署名

《注意事項》

⑴　利用者が未成年の場合は、保護者の方が申請を行ってください。その際、申請者住所・氏名欄には保護者の方の情報を記入し、利用者署名欄にはお子様の署名をお願いします。

⑵　Ｎｅｔ１１９緊急通報システムの利用を希望される場合は、この書面に必要事項を記入し、春日井市消防本部通信指令課までお持ちいただくか、ファクスで送信又は郵送してください。（これらに係る費用は申請者の負担となります。）

⑶　申請書をお持ちいただく場合は、筆談での対応になりますが、事前に相談いただければ手話での対応も可能です。

**１　利用者情報（太枠内は必ず記入してください）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 性　別  男・女 | | | | 生年月日（西暦）  　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | | |
| 氏　　　名 | |  | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス  上段の文字が  大文字には〇、  数字に×を記入 | |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 連絡先電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自宅電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ファクス番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **２　良く行く場所（できるだけ記入してください）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 場所の名称 | | | | | | | 住　　　所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 場所１ |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 場所２ |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **３　緊急連絡先（できるだけ記入してください）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急  連絡先 | フリガナ | | | | | 本人との関係 | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | ファクス番号 | | | | | | |
| 氏　　名 | | | | |
| 連絡先１ |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | |
| 連絡先２ |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | |
| **４　既往歴（できるだけ記入してください）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **５　掛かり付け医療機関（できるだけ記入してください）** | | | |
| 医療機関名 | 住所 | 担当医師 | 病院電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **６　その他の利用者情報（できるだけ記入してください）** | |
| 自宅に健聴者 | （有・無） |
| 手話又は筆談の状況 | 手話が（できる・できない）  筆談が（できる・できない） |

※該当のものに○をつけてください。

【申請書類の提出先及びお問い合わせ先】

〒486-8686

愛知県春日井市鳥居松町５丁目44番地　市役所６階

春日井市消防本部　通信指令課

ファクス番号 0568-85-1243

電話番号 　　　 0568-82-0119

メールアドレス　　　tsusin@city.kasugai.lg.jp

※お持ちいただく場合は春日井市役所６階通信指令課までおこしください

※電話番号やメールアドレスの間違いにご注意ください